

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 631

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

G. M. RADOULOVITCH

Externe des Hôpitaux

L'ÉVIDEMENT CONOÏDE
DU COL DE L'UTÉRUS

PAR LE

PROCÉDÉ AMÉRICAIN STURMDORF

(Contribution au Traitement chirurgical de l'Endocervicite chronique)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

631

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

G. M. RADOULOVITCH

Externe des Hôpitaux

L'ÉVIDEMENT CONOÏDE DU COL DE L'UTÉRUS

PAR LE

PROCÉDÉ AMÉRICAIN STURMDORF

(Contribution au Traitement chirurgical de l'Endocervicite chronique)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒUR ET FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur J.-L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur E. QUÉNU

M. le Professeur MARCEL LABBÉ

M. le Docteur FOURNIER

M. le Professeur COUVELAIRE

M. le Docteur PISSAVY

M. le Docteur MOCQUOT

A MM. les Drs E. DOUAY
G. HOUZEL
GUÉNOT
MOSSÉ

L'ÉVIDENCE CONOÏDE

DU COL DE L'UTÉRUS

PAR LE PROCÉDÉ AMÉRICAIN DE STURMDORF

(Contribution au Traitement chirurgical de l'Endocervicite chronique)

INTRODUCTION

Pendant l'année 1920, nous avons suivi la Clinique gynécologique du Professeur J.-L. Faure, en qualité d'externe ; dans ce service à l'Hôpital Broca, nous avons eu l'occasion de voir opérer différents cas d'endocervicite chronique par les procédés habituellement employés en France et particulièrement par le procédé de Pouëy (de Montevideo).

Au début de cette année, un article fort intéressant de Matthews parut dans le *Surg. Gyn. and Obst.*, journal de Chicago ; l'auteur se faisait le défenseur du procédé de Sturmdorf (de New-York) et apportait les résultats de sa pratique personnelle portant sur 200 cas.

Le Dr Douay, chef de travaux dans le service du Professeur Faure, voulut bien nous communiquer cet article de Matthews, travail intéressant, illustré de 16 figures très démonstratives.

En 1921 le Dr Douay fit paraître un article dans

l'Obstétrique et Gynécologie, sur le traitement de l'endocervicite chronique.

Dans ce travail, il signale et explique la technique de Sturmdorf.

A l'Hôpital Broca, le procédé Sturmdorf est essayé et donne d'excellents résultats.

Cette opération constitue un réel progrès sur les anciennes méthodes. Elle fera l'objet de notre thèse.

Nous sommes très heureux de profiter de cette occasion pour rendre hommage à M. le Professeur Faure, qui fut pour nous un maître incomparable, et pour remercier M. Douay de la bienveillance qu'il nous a témoignée et des renseignements très utiles qu'il nous a fournis pour faciliter la rédaction de notre thèse.

Le Dr Sturmdorf, professeur de Gynécologie à New-York, a bien voulu répondre à notre demande, en nous envoyant ses travaux personnels sur le traitement chirurgical de l'endocervicite chronique et sur son procédé opératoire. Nous lui adressons nos sincères remerciements.

HISTORIQUE

Simon (1) en 1859 fait le premier l'ablation de la portion vaginale de l'utérus. Ce procédé est repris plus tard et bien décrit par Marcwald (2) en 1875. Après débridement latéral du col, l'amputation, portant sur chaque valve, est obtenu par une exérèse cunéiforme à deux lambeaux égaux. Employé dans l'allongement hypertrophique du col, le procédé de Simon-Marcwald reste une bonne opération avec sutures faciles, mais l'excision ainsi obtenue laisse subsister une grande partie de la muqueuse endocervicale.

En Amérique, la première opération plastique sur le col a été faite par Sims (1861) ; l'année suivante A.-T. Emmet utilisa et perfectionna ce procédé qui devient plus tard la trachelioraphie d'Emmet, après ses publications de 1874 (3) sur la technique opératoire et les résultats.

Cette opération resta longtemps classique ; il est à

1. Simon, *Fälle von Abtragung der vaginal portion der Uterus* (Monatschr. für Geb. und Fr. Kz., XIII, 1859, 418-434).

2. Marcwald, *Über die Kegelmantelförmige Excision der vaginal portion und ihre Anwendung* (Arch. f. Gyn., 1875, VIII, 48-71).

3. A. T. Emmet, *The proper treatment for laceration of the cervix uteri* (Med. Rec., 1876, II, 823-835).

noter que ce procédé visait surtout les déchirures récentes *post-partum* et la résection de la zone déchirée devait en faciliter la cicatrisation.

Plus tard la trachelioraphie est devenue synonyme de résection partielle du col, suivie de suture. Cette opération longtemps classique est maintenant à peu près abandonnée.

Le procédé d'amputation le plus connu, c'est à Schröder (de Berlin) que nous le devons (1) (1878). Cette opération fut bientôt pratiquée dans tous les pays. Après l'incision bilatérale du col le transformant en deux valves, on excise un lambeau interne qui détache la muqueuse intracervicale, en laissant la partie vaginale du col. C'est une amputation à un grand lambeau externe. Toute la muqueuse malade disparaît. Malheureusement la suture du lambeau est difficile, il s'agit de fixer son bord libre au fond du canal cervico-utérin. Les fils coupent et la suture se relâche.

C'est pour faciliter cette suture que nous voyons Houzel (de Boulogne) (2), en 1902, proposer un point fort intéressant. Le fil est fixé par un nœud à l'extrémité du grand lambeau qu'il s'agit d'invaginer, puis l'un des chefs traverse de dedans en dehors toute l'épaisseur du col pour ressortir au fond du cul-de-sac vaginal. En tirant sur ce fil, avant de faire le

1. Schröder (C.), *Zur Technique der plastischen Operationen am Cervix uteri* (Zeitsche. für Geb. u. Gyn., 1878, III, 419-421).

2. Houzel, *Note sur la technique de la suture dans le Schröder* (Arch, proc. de chir., 1902, p. 456).

nœud, le lambeau s'invagine dans la cavité cervicale. Comme nous le verrons, ce point de Houzel est assez comparable au point utilisé dans le procédé de Sturmdof.

En France, c'est surtout Bouilly (1) qui a laissé son nom à ce chapitre de Gynécologie opératoire (1893).

Dans son procédé, la muqueuse endo-cervicale est excisée en avant et en arrière, en laissant sur les côtés de la cavité cervicale deux bandes intactes de la muqueuse, qui s'opposeront à la sténose du col.

L'opération de Bouilly est maintenant à peu près abandonnée.

En 1904, Pouëy (de Montevideo) au II^e Congrès Latino-Américain de Buenos-Aires, rapporte les résultats opératoires de sa méthode qu'il employait depuis plusieurs années. C'est l'évidement conoïde du col fait sur mandrin et suivi de suture.

Ce procédé eut un grand retentissement en France. Signalons les travaux de Petit (1901), de Pichevin (1901), de Dupont (1905), de Lefranc, thèse de Paris, 1905.

Nous la trouvons décrite dans tous les livres classiques de Gynécologie (*Gynécologie opératoire* d'Hartmann, p. 175, *Traité de gynécologie* de Forgue et Massabreau, p. 236).

Le professeur Faure l'emploie encore couramment. L'opération de Pouëy, telle qu'il la pratique, est un

1. Bouilly, *De l'endocervicite glandulaire et de son traitement chirurgical* (Bull. et Mém. de Soc. de Chir., 1893, XIX, 112).

évidemment conoïde très élargi. Elle ne ressemble que de loin à l'opération de Pouëy, décrite et figurée par Petit, puis représentée dans tous les manuels classiques. C'est plutôt une opération de Forgeue.

Un peu après Pouëy, Forgeue décrit un évidemment conoïde du col très étendu, évidemment en « carotte », comme il l'appelle, remontant jusqu'à l'isthme et permettant d'enlever la presque totalité du col en ne gardant que le pourtour, muqueuse vaginale avec une portion du muscle sous-jacent.

Après cet évidemment large, les lambeaux sont souples et peuvent être invaginés sans peine, ce qui facilite la suture.

Pour peu que cette suture soit difficile, le professeur Faure préfère s'abstenir de tout rapprochement, il se contente d'un simple tamponnement hémostatique et sa réunion est abandonnée à elle-même, se faisant par seconde intention.

L'opération qui fait le sujet de notre thèse appartient à Sturmdorf de New-York. Elle consiste :

1° En une dissection d'une manchette circulaire taillée aux dépens de la muqueuse vaginale du col ;

2° Excision d'un cône musculo-muqueux intracervical ;

3° Suture spéciale permettant l'invagination de la muqueuse vaginale jusqu'au fond du cratère ainsi creusé.

Douay dans un article sur l'endocervicite chronique (*Rev. Gyn. et Obst.*, t. IV, 1921, n° 2) en rapporte la technique.

L'opération de Sturmdorf, nous dit-il, n'est en somme « qu'une redite, vingt ans après l'opération de Pouëy-Forgue ».

Ce procédé reste cependant une excellente opération, qui mérite d'attirer l'attention des chirurgiens.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Bien que le col de l'utérus ne soit pas une entité anatomique nous donnerons ici tout de même une courte description, qui nous semble nécessaire pour mieux comprendre l'anatomie pathologique et *ipso facto* le traitement chirurgical, principal but de cet exposé.

Le col de l'utérus aplati légèrement d'avant en arrière, d'aspect fusiforme, présente deux parties : l'une intra-vaginale ou muscau de tanche et l'autre sus-vaginale, dont seulement la première est visible au spéculum.

Cette délimitation est faite suivant les attaches du vagin, qui se font au pourtour du col à l'union de deux tiers supérieurs, avec le tiers inférieur.

Rapports

a) *Portion sus-vaginale.* — Cette portion est très courte, ne mesurant pas plus de 20 millimètres, elle est séparée du corps de l'utérus par un rétrécissement marqué surtout en avant : *l'isthme*.

Face antérieure : chez la multipare la partie supérieure de cette portion est recouverte de péritoine, chez la nullipare le péritoine ne descend jamais au-

dessous de l'isthme. Cette portion est limitée par des ligaments *vésico-utérins*, qui se fixent en avant sur la face postérieure de la vessie, dont elle n'est séparée que par un tissu cellulaire lâche, très facile à décoller.

Face postérieure — Par intermédiaire du cul-de-sac de Douglas, correspond au rectum.

Bords latéraux. — Sont en rapport avec des ligaments larges par où passent la crosse de l'artère utérine, le plexus veineux et l'uretère. Le point de la crosse de l'artère utérine croise l'uretère, en passant au-dessus de lui, se trouve à peu près au même niveau que l'extrémité supérieure du col, à 15 millimètres loin de lui.

En attirant en bas avec les pinces le museau de tanche, ces rapports changent : « on applique au-devant du col le segment terminal des uretères et on risque ainsi de les blesser » (Testut, Jacob), ce qui peut arriver au cours des interventions sur la région cervicale.

Il suffit de repousser avec une valve, la vessie descendue pour prévenir et écarter ce danger.

Pour repérer la vessie, il suffit de mettre une sonde métallique par l'uretère et de faire saillir le bec de la sonde au niveau du cul-de-sac antérieur.

Cette manœuvre permettra d'éviter sa blessure.

b) *Portion sous-vaginale* (Museau de tanche) est contenue dans le vagin, d'où formation de culs-de-sac. L'axe du vagin et du col forment un angle presque droit : donc l'extrémité inférieure du col

repose directement sur la paroi postérieure du vagin.

L'orifice externe du col, à l'état normal, est punctiforme chez une vierge (ou nullipare) tandis que chez une femme primi ou multipare il est longitudinal, présentant deux lèvres (antérieure et postérieure).

La mobilité du col est très limitée, étant subordonnée à celle du corps de l'utérus et empêchée surtout par les insertions vaginales.

Cavité du col. — Les parois de la cavité présentent de très nombreux plis qui ont reçu le nom *d'arbre de vie*. La muqueuse tapissant cette cavité est composée essentiellement de glandes qui pénètrent dans tous les sens, plus ou moins profondément dans la paroi. Il n'y a pas de limite nette entre la muqueuse et la couche musculaire sous-jacente. « En somme cette muqueuse est composée de glandes en tubes et d'un tissu interglandulaire à l'apparence d'un tissu conjonctif d'évolution avancée où au lieu de cellules rondes (comme dans le corps de l'utérus) prédominent des cellules fusiformes et étoilées » (Pozzi). Enfin tout est tapissé par un épithélium cylindrique qui fait suite à l'épithélium pavimenteux du vagin, qui généralement remonte jusqu'à l'orifice externe du col ou un peu plus loin dans la cavité. Cette zone d'union se fait généralement suivant une ligne brusque.

A la muqueuse cervicale, surtout à sa partie profonde, est accolé un réseau lymphatique périglandulaire. Ces lymphatiques, d'après Léopold, prennent

naissance dans la muqueuse sous forme des lacunes lymphatiques, mal délimitées.

Les fibres musculaires du col, faisant suite à celles de l'utérus, sont demi-circulaires.

Les amputations du col qui commencent par une incision bilatérale les coupent deux fois : Conséquences gênantes pour accouchement ; au contraire dans l'évidement conoïde, elles sont respectées et ce précédé en théorie parait meilleur pour la dilatation du col au moment de l'accouchement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les altérations que l'on observe dans l'Endocervicite chronique ne diffèrent pas sensiblement suivant l'agent causal.

Dans la forme la plus bénigne (l'endocervicite catarrhale) tout se borne à une inflammation de la muqueuse, légèrement prononcée; dans ce cas la muqueuse est tuméfiée, dépassant généralement l'orifice externe, s'il s'agit d'une nullipare, est bien visible au spéculum; s'il s'agit d'une multipare, on voit les lèvres du col éversées complètement en dehors, sous forme d'une surface rougeâtre et dépolie. C'est *l'ectropion* de la muqueuse endocervicale.

Souvent sur la muqueuse éversée on trouve au spéculum une *érosion*, qui a été maintes fois prise pour une ulcération.

Son siège habituel est autour de l'orifice externe, sur une des lèvres du col.

Elle est difficilement reconnaissable au toucher par suite de son absence totale d'induration.

Qu'est-ce qui se passe du côté de la cavité cervicale ?

La muqueuse cervicale, dont l'activité dans l'état normal se borne à une production physiologique de

mucus, est ici le siège d'une hypertrophie glandulaire, d'où hypersécrétion du mucus.

Tôt ou tard les cryptes de ces glandes si nombreuses et si ramifiées sous l'influence des altérations parenchymateuses et interstitielles, comme nous le verrons plus tard, s'étranglent par place en donnant naissance à des formations kystiques arrondies, si communes dans cette région du col. D'abord liées par un canal libre, puis par un sillon obstrué, aux culs-de-sac glandulaires, ces formations kystiques deviennent enfin libres, commencent à exister indépendamment, et augmentant de volume, peuvent atteindre le volume d'un pois. Ces formations kystiques sont connues sous le nom de *l'œuf de Naboth*. Ils sont souvent bien perceptibles au toucher.

Microscopiquement, la section d'un tel follicule nous apparaît comme un espace clair et rempli de mucus, présentant deux couches concentriques : une externe fibreuse et l'autre interne, tapissée par l'épithélium cylindrique.

Ailleurs, dans la muqueuse, on trouve toutes les évidences de l'inflammation chronique : prolifération assez abondante des vaisseaux, infiltration périvasculaire des globules blancs et dans le parenchyme une infiltration des cellules rondes plus ou moins abondante.

Toutes ces altérations s'atténuent au fur et à mesure qu'on s'approche de l'orifice interne, à tel point qu'elles sont à peine perceptibles à ce niveau-là.

Sous l'influence des phénomènes inflammatoires,

les proliférations glandulaires pénètrent profondément dans la sous-muqueuse, l'infection s'étend vers la musculature du col. Les fibres musculaires se sclérosent, diminuent de nombre ou bien disparaissent, pendant que les vaisseaux lymphatiques subissent une dilatation considérable.

Dans ce tissu musculaire, ainsi infecté, on peut trouver des foyers inflammatoires sous forme de petits abcès.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'endocervicite est une maladie infectieuse. L'infection est presque toujours directe, par contamination du tractus génital.

Certaines causes prédisposantes favorisent l'infection du col ; ce sont toutes les causes physiologiques qui déterminent une congestion de l'organe ; ensuite les traumatismes de différentes natures, par exemple : irritation d'un pessaire et enfin les causes prédisposantes *générales* : l'état constitutionnel (métrites dyscrasiques).

Quant aux agents pathogènes, les seules causes déterminantes, d'après l'ordre de fréquence, ce sont : gonocoque, staphylocoque, streptocoque et colibacille ; mais les deux premiers sont le plus fréquemment rencontrés.

Dans l'endocervicite d'origine gonococcique, l'infection se fait soit directement, soit à la suite d'une vulvo-vaginite chronique ou bien d'une vulvo-vaginite blennorragique d'enfance.

L'infection directe est sans doute très fréquente, car il n'est pas rare que la cervicite chronique soit la seule manifestation clinique qu'une femme présente.

On a incriminé la coïncidence de la goutte chronique chez l'homme, avec l'excès de coït chez les

jeunes mariés où la congestion locale des organes génitaux de la femme — conséquence des répétitions des rapports sexuels — joue un rôle considérable.

Les endocervicites chroniques puerpérales sont également très fréquentes : elles surviennent après l'accouchement et surtout l'avortement septique. Les lacérations traumatiques du col favorisent cette infection. Emmet y a attaché une grande importance.

Une fois l'inflammation établie, on ne peut plus parler d'un seul microbe spécifique, car la présence d'un germe pathogène favorise le développement d'une autre espèce de microbe.

Aussi les femmes présentant une métrite blennorragique sont facilement atteintes par l'infection septique associée à staphylocoque ou à streptocoque.

Pozzi va plus loin en déclarant que cette lésion inflammatoire du col est un terrain favorable pour le développement des bacilles tuberculeux.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Les endocervicites après une période aiguë transitoire et qui peut passer inaperçue, évoluent d'une façon chronique. Les microbes gagnent les glandes du col, s'y développent d'une façon lente et insidieuse. L'infection progresse dans la profondeur de la muqueuse cervicale, aussi l'affection est-elle tenace et est-elle peu influencée par les traitements médicaux.

Dans quelques cas seulement l'infection passe du col dans le corps et on trouve une métrite du corps coexistant avec celle du col.

Les salpingites sont les principales complications de l'endocervicite. Le point de départ est la muqueuse du col infectée. La propagation de l'infection se fait soit de proche en proche par l'intermédiaire de la muqueuse du corps, soit par la voie lymphatique, ou enfin par la voie sanguine.

La propagation de l'infection par continuité de tissu serait surtout évidente dans l'endocervicite d'origine gonococcique pour Doléris. Les anciens auteurs admettaient la contamination de proche en proche à la surface de la muqueuse.

En réalité la propagation se fait dans la muqueuse et surtout par le réseau lymphatique sous-muqueux.

Actuellement on admet que c'est surtout par la voie des vaisseaux lymphatiques que se fait l'envahissement des trompes.

Sturmdorf, en se basant sur l'étude anatomique de Léopold (1) sur les voies lymphatiques de l'utérus, attache un grand rôle à la propagation infectieuse par une lymphangite intra-musculaire. De cette description de Léopold, Sturmdorf résume : « que les lymphatiques utérins peuvent être tracés de ses origines lacunaires sous l'endomètre et la muqueuse cervicale, à travers de petits orifices en entonnoir (funelshaped ostia), vers la musculature. Ici, ils se répandent dans un réseau capillaire très riche, qui utilisant le périmysium comme un échafaudage, lie chaque faisceau musculaire avec la surface sous péritonéale, d'où ils se drainent par deux tubes principaux collecteurs qui vont parallèlement aux vaisseaux sanguins utéro-ovariens dans la base et le sommet des ligaments larges. »

Dans l'utérus comme partout ailleurs, chaque infection produit une grande réaction dans ses éléments lymphatiques, aidée par une énorme capacité de résorption de l'utérus ; Sturmdorf pense « que l'enveloppement normal par des lymphatiques de la gaine périmysiale, à travers la musculature utérine, nous explique comment un processus infectieux du col, causant une lymphangite intra-musculaire ascendante, peut immobiliser le tissu musculaire (muscle

1. Léopold G., *Die Lymphgefäße der normalen, nicht schwangeren, uterus.* (Arch. f. Gynæk, 1874, VI.)

bundles) par une infiltration plastique de ses gaines. En envahissant le myomètre tout entier le long de ses gaines, cette lymphangite chronique peut créer des petits abcès intra-musculaires et alors convergant vers les principaux canaux lymphatiques, sa propagation est prouvée par les exudats para-cervicaux et par des bandes ou mailles vélamenteuses qui agglutinent les annexes, affaiblissent le péristaltisme des trompes, créent des diverticules qui établissent des possibilités de grossesse ectopique ou obstruant la lumière des trompes, mène à la stérilité » !

Quelle que soit la voie de propagation de l'infection, les complications les plus graves de l'endocervicite sont : la salpingite dont on sait bien le danger et la fréquence et qui serait quelquefois accompagnée d'ovarite.

A côté de ces complications il n'est pas rare d'observer de véritables *paramétrites* ayant comme siège le tissu cellulaire des ligaments utérins, occupant soit les ligaments larges de l'utérus, soit les *ligaments utéro-sacrés* soit enfin tout le tissu cellulaire en y produisant une *cellulite pelvienne*.

SYMPTOMATOLOGIE

Généralement les femmes atteintes de l'endocervicite chronique viennent consulter pour deux raisons : ou parce qu'elles ont des pertes blanches, ou parce qu'elles sont stériles.

Leucorrhée, c'est un symptôme qui ne manque jamais ; ces pertes blanches qui ennuyent beaucoup les femmes, sont caractérisées par une exagération excessive de la sécrétion normale du mucus cervical : une hypersécrétion qui se traduit à l'extérieur sous forme de *glaires*. L'hypersécrétion est continue, mais l'excrétion est plutôt intermittente.

Ces pertes blanches pouvant être, suivant l'évolution de la maladie, glaireuses, muco-purulentes ou franchement purulentes, sont à l'invers de celles du vagin, de réaction alcaline, empêsent le linge en y produisant des taches, sont très visqueuses, gélatineuses et très adhérentes.

La douleur est un symptôme moins constant. Elle peut être spontanée ou provoquée.

a) Provoquée, siégeant au niveau du col, se produit soit au cours de l'examen, soit pendant les rapports sexuels ; mais cette douleur provoquée n'est pas fréquente ;

b) Spontanée : la malade a constamment une sen-

sation d'une pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Quelquefois cette douleur est plus accusée et survient par crises qui sont suivies de pertes blanches. C'est une douleur paroxystique qui serait due à une rétention du mucus dans la cavité cervicale, suivie de son expulsion.

Les irradiations douloureuses le plus fréquemment observées sont les douleurs dans les reins, dans la région ano-coccygienne et dans la région sacro-lombaire (backache des Anglais). Elle serait due à une cellulite dans les ligaments utéro-sacrés (Matthews). Cette cellulite des ligaments utéro-sacrés, sur laquelle les auteurs américains attirent l'attention, est peu connue en France.

Elle serait due à une extension du processus infectieux par la voie lymphatique, de la muqueuse cervicale aux ligaments utéro-sacrés, étant donné que le tissu cellulaire, entourant le col dans sa partie sus-vaginale, fait partie de ces mêmes ligaments.

L'inflammation de ce tissu cellulaire produit un épaissement des ligaments intéressés et son épaissement, perceptible au toucher vaginal, joint à sa sensibilité spéciale, serait cause des douleurs que nous signalions plus haut.

Quant à la dysménorrhée s'accompagnant parfois de métrorragies : ces symptômes sont peu marqués dans l'endocervicite pure ; lorsque ces signes apparaissent il faut penser à une extension au corps et modifier dans ce sens la thérapeutique.

La *stérilité* est beaucoup plus importante à signaler. Raynolds de Boston en donne l'explication sui-

vante, résumée par Matthews : « Un spermatozoïde même vigoureux ne peut pas résister beaucoup ni avoir la force de progression suffisante à travers l'épais et tenace mucus qui tamponne le canal d'un col ainsi malade. »

DIAGNOSTIC

En dehors des signes fonctionnels que nous avons énumérés plus haut, ce sont les signes physiques que le toucher permet de supposer la nature du col, mais le diagnostic ne peut se faire d'une façon certaine qu'avec les résultats de l'examen direct au spéculum.

La grande cause d'erreur provient de l'existence d'une ulcération cancéreuse siégeant au niveau des lèvres du col. Dans les cas douteux il ne faut jamais hésiter à faire une *biopsie*.

Nous avons souvent entendu énoncer par le Dr Douay les règles suivantes : une ulcération du col qu'on sent nettement par le toucher est presque toujours un cancer ; une ulcération qu'on n'a pas senti par le toucher et qu'on découvre au spéculum n'est pas un cancer. C'est une règle générale qui est vraie dans la majorité des cas.

Ce qu'il faut rechercher, c'est l'induration des bords de l'ulcération ; au speculum, avec la pince à pincement ou tout autre instrument, on peut rechercher la dépressibilité des bords de l'ulcération ; les bords sont durs dans le néoplasme du col au début. La tendance hémorragique du fond de l'ulcération a aussi, de toute façon, une grande importance en faveur du néoplasme.

PRONOSTIC

Faute d'un traitement énergique et institué de bonne heure, l'endocervicite, ayant peu de tendance à guérison spontanée, devient un foyer d'infection qui sera le point de départ d'inflammations secondaires péri-utérines et spécialement salpingiennes.

Elle conduit également à la stérilité. Quant à l'érosion du col, elle serait souvent le point de départ d'une transformation cancéreuse tardive ; donc, le pronostic de l'endocervicite, quoique généralement bénin, est grave, dans ses complications immédiates et tardives.

TRAITEMENT DE L'ENDOCERVICITE CHRONIQUE

En exposant brièvement la pathologie de l'endocervicite chronique, nous avons vu que cette maladie est caractérisée surtout par la profondeur de ses lésions, aussi bien glandulaires que parenchymateuses. Si le traitement médical est institué de bonne heure, il peut rendre des grands services, mais dans un grand nombre de cas cette maladie reste rebelle à tout traitement.

Sur le traitement de l'endocervicite aiguë on est actuellement d'accord, c'est purement le traitement médical.

Même lorsque la maladie arrive dans la seconde phase : chronique, il faut toujours essayer d'abord les moyens médicaux qui ont pour but d'atteindre les microbes, profondément cachés dans la muqueuse du col et de modifier les altérations inflammatoires consécutives.

Sans nous arrêter ici à énumérer les nombreux moyens médicaux et discuter leur réelle valeur nous dirons ici seulement quelques mots de deux moyens, dont nous avons l'expérience pour les avoir employés nous-même à l'Hôpital Broca.

1° *Le pansement picriqué.* — On utilise une solu-

tion picriquée à saturation ou mieux à 8 o/oo pour éviter la cristallisation de la solution. Une compresse imbibée de cette solution est placée au fond du vagin et bien appliquée sur le col. Ces pansements sont renouvelés tous les trois ou quatre jours. Ils sont laissés en place une vingtaine d'heures.

L'acide picrique agit en faisant desquamer la muqueuse. Quelques jours après le pansement, on voit se détacher de grands lambeaux jaunâtres, qui tombent dans l'eau des injections.

Cette desquamation laisse une muqueuse nouvelle rose et sans inflammation. Il semble que les microbes infectants soient chassés mécaniquement par cette desquamation et éliminés avec les lambeaux desquamés.

Quoi qu'il en soit l'action bienfaisante se fait sentir sur toute la surface vaginale du col, directement accessible à l'acide picrique. En trois ou quatre semaines l'effet curatif est obtenu.

2° *La cautérisation au Filhos.* — Le crayon au Filhos est un mélange de potasse caustique et de chaux vive. — C'est un destructeur très actif de la muqueuse. Son application forme en une minute environ une escharre noire. Pour faire une bonne cautérisation par le Filhos, il faut arriver à détruire toute la couche superficielle de la muqueuse en gardant la partie profonde avec quelques culs-de-sac glandulaires dont l'épithélium se chargera de régénérer la muqueuse.

Si on va trop profondément, on atteint la couche

musculaire et la cicatrisation d'une telle scharification produirait fatalement la sténose cicatricielle du col.

La cautérisation au Filhos demande un certain doigté. Il faut procéder par applications successives à dix jours d'intervalle, de 3 ou 5 applications pour obtenir le résultat désiré. Il faut se garder de faire pénétrer le crayon trop profondément dans le col, mais se contenter de cautérisations en surface. — Dans ces conditions le Filhos peut rendre de grands services.

L'opération de Sturmdorf ⁽¹⁾

La malade préparée pour l'opération et anesthésiée est placée dans la position de taille. L'anesthésie sera soit générale soit rachidienne. L'anesthésie locale peut également être utilisée. L'addition d'adrénaline à la solution anesthésiante diminuera considérablement l'hémorragie qui gêne l'opération.

Le col est attiré en bas à la vulve, soit par traction avec une pince de Museux, soit à l'aide de deux fils passés sur les deux côtés du col à travers son versant externe. Ce procédé, recommandé par Sturmdorf, nous paraît très commode.

Deux valves sont placées dans le vagin, l'une dans le cul de-sac vaginal antérieur et l'autre dans le cul-

1. C'est la technique opératoire que le Dr Douay emploie à l'Hôpital Broca et qui comporte quelques petites modifications ; plus loin nous donnerons la technique opératoire originale de Sturmdorf.

de-sal de Douglas. Il y a souvent intérêt à supprimer la valve antérieure.

Premier temps. — Incision circulaire du col au bistouri. Cette incision passe à la limite de la muqueuse vaginale saine et de la muqueuse endocervicale infectée. Elle doit être faite à une certaine distance de l'orifice externe, sur le versant extérieur du col.

Deuxième temps. — Libération de la muqueuse vaginale. Spécialement en avant et en arrière, pour former deux lambeaux bien souples qui plus tard seront rabattus et invaginés dans la cavité cervicale dénudée.

Troisième temps. — Evidement conoïde du col. Le bistouri s'enfonce obliquement vers l'orifice profond du col et taille par un mouvement circulaire un cône de tissu qui comprend *toute la muqueuse endocervicale* doublée d'un anneau de tissu musculaire.

Ainsi est creusé un cratère de 3 à 4 centimètres de profondeur sur 4 à 5 centimètres de largeur.

Quatrième temps. — Suture et invagination.

C'est le temps le plus difficile et le plus important ; il consiste en une invagination de la gaine vaginale dans la cavité cervicale et en une suture spéciale, qui permettra l'affrontement de la muqueuse vaginale avec la muqueuse utérine.

Cette invagination aura pour but de recouvrir le cratère formé, au moyen d'une muqueuse vaginale saine qui remplacera l'ancienne muqueuse endocervicale infectée et malade.

La suture de Sturmdorf qui détermine cette invagination s'exécute de la façon suivante :

Avant de commencer la suture et pour faciliter son exécution il est bon de dilater l'orifice interne du col avec le dilatateur à trois branches par exemple.

On commence la suture par la lèvre antérieure de la gaine vaginale : On traverse à l'aide d'une aiguille courbe (de Doyen, par exemple), de dedans en dehors, toute l'épaisseur du col, pour ressortir au fond du cul-de-sac antérieur.

Un catgut est ainsi passé dans la paroi antérieure du col, et ressort par l'orifice profond. Ce catgut est ensuite passé en U dans le lambeau vaginal tout près de son bord libre ; enfin il est conduit par l'aiguille dans l'orifice profond, traverse de nouveau toute l'épaisseur du col et sort dans le cul-de-sac vaginal antérieur à 2 centimètres de son point d'entrée.

Si on tire sur les fils on voit les lambeaux s'invaginer jusqu'au fond du cratère.

Avant de les lier, on procède à la même manœuvre sur la lèvre postérieure du col et symétriquement à la suture précédente.

Ceci fait : on tire successivement sur les deux bouts respectifs des fils à chaque suture, ce qui produit une invagination de la gaine vaginale dans la cavité du col.

Maintenant il ne reste qu'à nouer les fils pour compléter la suture, on passe un ou deux fils de chaque côté pour affronter les commissures.

Les deux sutures en double point en U, qui pro-

duisent l'invagination des lambeaux, assureront en plus l'hémostase.

Le passage des fils à travers la lèvre antérieure du col est beaucoup plus dangereux à exécuter à cause de la proximité de la vessie. Pour éviter ce danger il est bon de refouler la vessie avec une valve ou bien d'introduire une sonde dans la vessie ce qui permettra de ne pas prendre ses parois dans la suture.

Quant au passage des fils à travers la lèvre postérieure, il est sans danger à faire, étant donné les rapports assez éloignés avec le rectum.

Après l'opération, on introduira une mèche à l'ectogan dans la cavité cervicale restituée, que l'on laissera en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Procédé de Sturmdorf (1)

« 1^o Incision et dissection d'une ample manchette circulaire de la gaine vaginale du col ;

2^o Excision complète de toute muqueuse endocervicale jusqu'à l'orifice interne, avec la conservation des couches musculaires périphériques ;

3^o Invagination et suture de la gaine vaginale dans la cavité cervicale dénudée.

Le principal objet du premier temps est la formation d'une large manchette de la muqueuse vaginale. Ayant ceci en vue, l'incision circulaire est faite tout

1. Sturmdorf, *Tracheloplastic methods and results*, p. 31. (Reprint from *Surg. Gyn. and Obst.* Chicago, 1916, January.

autour du col, près de la ligne de démarcation entre la gaine vaginale saine et la muqueuse cervicale malade, allant parallèlement au pourtour du col et

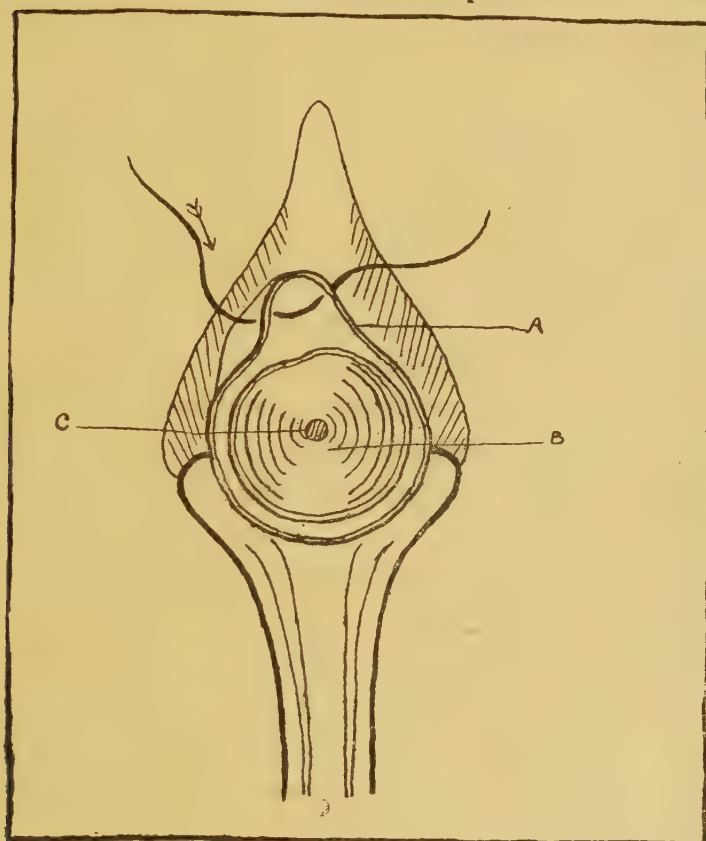


Fig. 1

(Tirée de l'ouvrage de Sturmdorf, due à l'obligeance de Mlle Oliver)

La flèche indique le point transversal.

A = muqueuse vaginale du col disséquée.

B = cavité cervicale creusée.

C = l'orifice interne du col.

aux points lacérés. La gaine vaginale ainsi incisée est franchement disséquée de son tissu sous jacent, complètement autour du col, jusqu'au niveau de

l'orifice interne, en exposant les artères circulaires comme pour une amputation haute. Si les lésions sont très étendues, il est nécessaire de refouler suffisamment le pôle inférieur de ses attaches utérine et vaginale.

La muqueuse cervicale éversée est maintenant excisée et creusée dans la musculature sous forme d'un cône creux, laissant une cavité en entonnoir.

Après avoir bien ajusté cette gaine vaginale lâche pour qu'elle puisse servir exactement de couverture pour cette cavité musculaire, sa position définitive sera assurée de la manière suivante :

Commencer par le segment antérieur de la manchette disséquée. Un long fil en soie est passé sur sa surface vaginale, transversalement à travers deux points de la gaine — à sa partie médiane — $1/8$ d'inch loin de son bord libre et à la manière d'une suture de matelas, la distance entre les points d'entrée et de sortie étant $1/4$ d'inch.

L'extrémité *droite* libre du fil est maintenant portée dans la cavité cervicale à un point juste au-dessus de l'orifice interne où en traversent tout le tissu, dans une direction en avant, en haut et à *droite* ; émerge de la surface vaginale à la base de la gaine.

L'extrémité *gauche* libre, après avoir atteint le même point dans la cavité cervicale au-dessus de l'orifice interne, passe à la même façon en avant, en haut et à *gauche*. Les deux bouts libres, divergeant dans leur passage, réapparaissent à la surface du cul-de-sac vaginal antérieur, à peu près à $1/4$ d'inch de

distance l'un de l'autre, où elles sont laissés provisoirement en place.

Le passage du fil pour le segment postérieur va

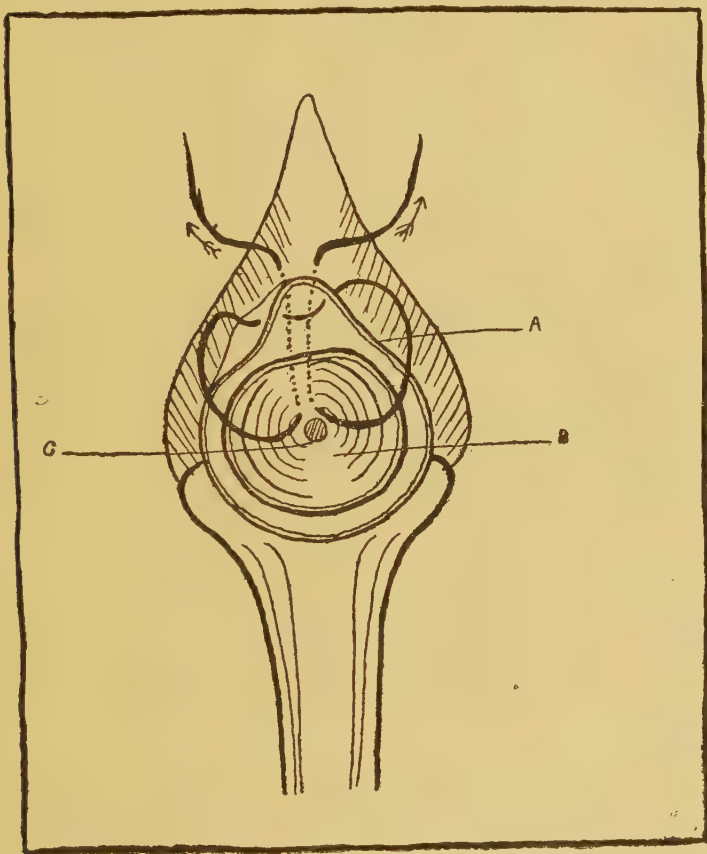


Fig. 2

(Tirée de l'ouvrage de Sturmndorf, due à l'obligeance de Mlle Oliver)

Le double point en U, pour la lèvre antérieure du col est exécuté. Les flèches indiquent les points de sortie du fil avant d'être liés.

parallèlement au supérieur, mais dans une direction postérieure. Ces bouts libres émergent dans le cul-de-sac postérieur. Maintenant en serrant successi-

vement les fils de chaque suture, nous invaginons la gaine vaginale dans le col, en doublant la cavité cervicale avec cette muqueuse vaginale, dont le bord libre sera mis au contact de la circonférence de l'orifice interne. Dans le grand nombre de cas on n'aura pas besoin des sutures supplémentaires, mais s'il persiste une brèche entre l'une des deux commissures latérales, on pourrait ajouter encore un point (chromic stitch). Les fils sont coupés longs pour faciliter leur ablation.

Pour une plus grande facilité et contrôle dans l'exécution de suture à travers le tissu cervical, après avoir engagé le bord de la gaine dans le premier point, une aiguille à double courbure (Peaseley needle) sera substituée à l'aiguille ronde.

Une mèche iodoformée, introduite dans la cavité cervicale pour faciliter une coaptation uniforme, termine l'opération. Cette mèche sera enlevée le quatrième jour, quand la malade pourra se lever et se promener. Les fils de soie seront enlevés après deux semaines.

Ainsi exécutée cette opération conserve l'arrangement normal, le contour et les fonctions de la musculature du col, prévient les difficultés mécaniques, et assure la permanence de la coaptation exacte de la gaine dans le moignon. »

Plus loin, Sturmdorf dit ne pas prétendre que cette opération donne une restitution idéale de toutes les fonctions normales du col, car un organisme si parfaitement constitué comme l'utérus, une fois

dérangé, ne peut pas être restauré parfaitement par des moyens chirurgicaux (1).

* * *

Matthews qui a opéré à l'Hôpital Long Island College 200 malades, atteintes d'endo-cervicite chronique très marquée, donne la statistique suivante.

Sur 200 cas :

128	malades guéries	donc	64 o/o
56	— améliorées	donc	28 o/o
16	— non améliorées	donc	8 o/o

1. Ce procédé dont nous avons donné la technique opératoire (décrite par Sturmdorf lui-même) Sturmdorf l'emploie également contre la stérilité, avec beaucoup de succès (*The cervicoplastic treatment of Sterility*, New-Yorck, 1917).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inéдите, opération du D^r Douay)

M... M., 40 ans.

Antécédents : pertes blanches très abondantes, règles douloureuses.

A l'examen : utérus gros avec col très hypertrophié ; trompe droite grosse et sensible ; ovaire gauche douloureux.

Traitement médical fait à la Consultation de gynécologie (Hôpital Broca) pendant trois mois sans résultat.

Diagnostic : métrite du col avec salpyngite légère ; opération le 15 février (D^r Douay).

Evidement du col par le procédé de Sturmdorf.

1° De chaque côté du col, sur le versant externe du col on passe un fil qui servira de tracteur sur l'utérus pour l'amener à la vulve. Au bistouri on fait une incision circulaire à 1 centimètre en dehors de la zone exulcérée et infectée du col. Cette incision est faite sur le versant du pourtour du col. L'amputation conique est faite au bistouri et on enlève un cône musculo-muqueux de 3 cm. 1/2 de hauteur sur 4 cm. 1/2 de largeur à la base.

Les lambeaux sont libérés au bistouri en avant et en arrière, ce qui est très facile à cause de la souplesse de la muqueuse vaginale ; pour permettre la suture on dilate l'orifice de l'isthme avec le dilatateur à trois branches. Le passage de points de suture est assez difficile, surtout en avant à cause de la proximité de la vessie. Une sonde est introduite dans la vessie pour éviter de prendre ses parois dans les sutures. Avec une aiguille courbe de Doyen on traverse de dedans en dehors la paroi antérieure du col pour ressortir au fond du cul-de-sac antérieur du vagin ; le fil est passé, puis on prend le bord de lambeau libre par un point *en U* ; l'aiguille étant chargée avec le fil, on repasse une deuxième fois

dans toute l'épaisseur du col pour ressortir au fond du cul-de-sac antérieur, à 2 centimètres environ à côté du fil.

Les deux fils sont noués au fond du cul-de-sac, ce qui invagine très facilement le lambeau au fond de la cavité cervicale. La même manœuvre est faite pour le lambeau postérieur; ce point est plus facile à faire que précédemment dans la paroi antérieure, parce que dans ce cas le rectum est plus éloigné et il n'y a aucun danger de le prendre dans la ligature. On complète la suture par deux points réunissant les commissures; le résultat est satisfaisant.

Mèche et une sonde à demeure.

Suites opératoires : bonnes, sans fièvre, règles pendant six jours du 18 au 23. Examinée au spéculum dix jours après l'opération, on constate : les lambeaux sont en place; les points de catgut ont disparu; hystéromètre pénètre très facilement par l'orifice : 6 centimètres de profondeur. En somme réunion par première intention.

La malade revue le 8 septembre 1921. — Elle est très satisfaisante du résultat fonctionnel; a présenté quelques pertes blanches pendant le mois qui suivit l'opération, puis elles ont disparu; a eu deux fois ses règles (une fois 6 jours, deux fois 13 jours).

A l'examen : un corps volumineux, l'annexe droit n'est pas augmenté de volume, mais un peu sensible. Il y a donc une amélioration évidente dans les lésions salpingiennes qui existaient avant l'opération.

Col a disparu complètement, remplacé par une surface plane; la muqueuse souple au centre de laquelle on sent l'orifice.

Au spéculum : muqueuse rosée, sans aucune espèce d'inflammation; l'orifice très légèrement perméable à l'hystéromètre; cavité utérine 6 centimètres et cette manœuvre ne provoque aucune hémorragie.

OBSERVATION II (inédite)

Mme L..., 32 ans.

Signes cliniques. — Col allongé et hypertrophie.

Diagnostic. — Métrite du col, avec déchirure du périnée.

Opération le 7 juillet 1921 (par D^r Haller). — Amputation

du col par le procédé de Sturmdorf ; colpopérinéorraphie postérieure ; suture au catgut, une mèche vaginale, sonde à demeure dans la vessie.

Suites. — Sans aucune complication, crin enlevé le onzième jour ; règles normales du douze au dix-septième jour après l'opération. Sortie le 6 août avec cicatrisation complète.

Revue le 12 novembre 1921 : la malade n'a plus de douleurs dans le bas-ventre, les règles normales, les pertes blanches ont disparu complètement. Etat général satisfaisant.

A l'examen au spéculum : au niveau de l'orifice externe du col on voit de chaque côté deux cornes exubérantes de muqueuse vaginale latérale. Orifice fin laissant passer l'hystéromètre.

OBSERVATION III (inédite)

Mme N...

Opération le 27 août (par Dr Douay).

1° Amputation d'un gros col hypertrophique avec lèvre antérieure énorme. Point de Matthews sur chacune des deux lèvres et points commissuraux au catgut.

2° Périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs, 3 catguts profonds et un plan de catgut sur le périnée superficiel avec crins sur la peau du périnée.

Sonde à demeure, enlevée au bout du quatrième jour, mèche vaginale, quarante-huit heures. Sortie le 22 septembre 1921, complètement cicatrisée. Règles normales sans douleur du dixième au quatorzième jour. Suites normales sans fièvre ; ablation des crins au dixième jour. Réunion par première intention.

Revue le 22 novembre en très bon état. Les troubles fonctionnels, pertes blanches et douleurs de reins ont disparu, les règles sont normales. Au toucher, le col a disparu et est remplacé par une surface plane. Au spéculum, l'aspect du col est très satisfaisant.

OBSERVATION IV (inédite)

Mme D..., âgée de 45 ans.

Entre à l'hôpital Broca le 17 août 1921 pour une hernie crurale.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans ; mariée à 23 ans ; a eu 8 enfants dont 4 vivants ; deux fausses couches.

H. M. — En 1905 a été opérée pour une hernie crurale droite.

A part les troubles qu'elle présentait du côté de la hernie, la malade avait beaucoup de pertes blanches accompagnées de douleurs dans le bas-ventre.

Diagnostic. — Métrite du col et prolapsus de l'utérus.

Opérée le 6 septembre (par M. Brin, interne), sous-rachianesthésie :

1° Amputation du col par procédé Sturmdorf ;

2° Colporraphie antérieure ;

3° Colpopérinéorraphie postérieure avec suture de releveurs en trois plans au catgut ; crins cutanés, mèche vaginale, sonde à demeure.

Suites. — Céphalée, herpès, température 38,5 le deuxième et troisième jour, ensuite tout normal, sortie cicatrisée le 8 octobre 1921. Réunion moins bonne.

Revue le 4 novembre. — Aspect deux mois après l'opération.

Etat général satisfaisant ; plus de pertes blanches, règles normales (une fois).

Au spéculum :

1° Les lambeaux ont tenu en place ;

2° Orifice perméable ; hystéromètre 5 centimètres.

Cicatrice souple ; la muqueuse vaginale fait deux saillies latérales où l'on aperçoit la cicatrice des sutures latérales.

OBSERVATION V (Inédite)

Mme G..., 40 ans.

Diagnostic. — Métrite du col, déchirure du périnée. Opérée le 5 octobre 1921 (par Oberlin, interne).

1° Amputation du col avec suture par le procédé Sturmdorf;

2° Colpopérinéorrhaphie postérieure à suture des releveurs.

Suites normales, pas de température; ablation des crins : onzième jour; réunion par première intention. Sortie le 30 octobre.

On ne l'a plus revue.

OBSERVATION VI (Inédite)

Mme L..., âgée de 38 ans.

Signes cliniques : Déchirure méconnue au moment de l'accouchement. Actuellement : incontinence partielle de matière; complète pour les gaz.

A l'examen : Utérus gros; col très volumineux. Annexe grand, perceptible douloureux; la déchirure du périnée a intéressé le sphincter de l'anus, sans rupture de la muqueuse anale. La contraction des releveurs de l'anus est forte.

Au spéculum : gros col avec ectropion, très enflammé au centre; œuf de Naboth.

Opération le 24 octobre (par Oberlin, interne) sous rachianesthésie :

1° Amputation du col très facile, suture sans difficulté et invagination du lambeau immédiate;

2° Colpopérinéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs à trois plans profonds; suture des muscles superficiels; avivement et suture du sphincter de l'anus. Crins sur la peau; mèche; sonde à demeure; suites normales; ablation de la mèche deuxième jour et de la sonde quatrième jour.

Résultats à la sortie, vingt-deux jours après l'opération : Réunion parfaite du périnée et très satisfaisante du col sans la moindre suppuration.

CONCLUSIONS

1° L'Endocervicite chronique, dans tous les cas où elle reste rebelle à un traitement médical bien conduit, entre dans le domaine chirurgical.

On évitera ainsi certaines complications sérieuses qui peuvent apparaître au cours de l'évolution de cette affection ;

2° Bien que le procédé de Sturmdorf rappelle l'évidement conoïde du col suivant les méthodes de Pouëy et de Forgue, il présente certains avantages et particulièrement celui de la suture.

Les résultats que nous avons vus nous paraissent assez intéressants pour attirer l'attention des chirurgiens sur cette technique opératoire.

Le Doyen
ROGER

Vu : le président de la thèse,
J.-L. FAURE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bouilly.* — Traitement de l'endocervicite chronique (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1893, p. 112).
- Bossau E.* — Traitement de l'endométrite chronique dans la pratique courante. Méthode de Meuge (Gaz. de Gyn, Paris, 1910, XXV, 289).
- Busse.* — Zur Behandl. des s. g. Endometritis (Geburtsh. u. Gynæk. Wiesb., 1910, II, 376-394).
- Dambin.* — Les kystes du col de l'utérus (Gaz. méd. de Paris, 1913, LXXXIV, 35-45).
- Don Orfila.* — Ventajas del Variament conoïdes eu el tratamiento de la metritis cervical chronica (Rev. méd d'Uruguay, 1908, XI, p. 332).
- Douay (E.)* — Métrite du col (Endocervicite) (Gyn. et Obstétrique, Paris, 1921, t. IV, N° 2, p. 135).
- Emmet (T. A.)* — Am. f. Obst., N.-Y., 1874.
- Faure et Siredey.* — Traité de Gynécologie, Paris.
- Forgue et Massabreau.* — Traité de Gynécologie, p. 236.
- Giovelli.* — Cervicite ed Endocervicite di origine batterica. (Rasegna d'ostetr. et gynec. Napoli, 1906, XV, p. 632).
- Geyser.* — Metritis and Endom. and cervicitis (Amer. Med. Burligton, Vt. 1918, XCIV, p. 48).
- Gottschaln.* — Erosion of the cervix. (British M. f. London, 1910, II, p. 1240).
- Hollander (A. R.)* — A non operative procedure of the treatment of cervicitis (Am. f. Obst. N-Y. 1919, LXXIX, p. 523).
- Kellen (B.)* — Röntgenbehandlung der chronischen metritis (München. med. Wochenschr., 1912, LIX, p. 749).
- Laval.* — La métrite cervicale chronique dans la pratique journalière et son traitement |Bull. gén. de thérap. Paris, 1911, CIXII, p. 294).

Lanzi. — Endometrite della parte cervicale muco-purulente (Clin. dermosifilopath. d. r. Univ. di Roma, 1908, XXVI).

Langstroth. — Plastic énucléation on of the cervix ; surgical indications and clinical results in 75 cases (Med. Rec. N. Y. 1919, XCV, p. 1086).

Lefranc. — De la résection du col utérin dans les cerv. chron. par le procédé Pouëy, Paris, 1906, 50 p.).

Mourve (T. M.). — Chronic cervicitis (South. Pract. Nashville, 1908, XXX, p. 73).

Mocquot (P.). — Traitement des métrites chroniques par les inj. de chlorure de zinc (Rev. de chir., Paris, 1912, XIV, p. 779).

Noble. — Resection of the middle portion of the cervix for hypertrophic allongation of the cervix uteri, etc. (Am. f. d'obst., 1919).

Newmann. — Surgery of the cervix uteri (Surg. gyn. et obst. Chicago, 1912, XV, p. 39).

Pòzzi. — Traité de gynécologie.

Ruge und Veit. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1881, p. 261.

Schræder (R.). — Beitrage zur normalen u. path. anatomie.

Schwartz (A.). — Amputation du col utérin par le procédé Schræder (Technique opératoire) (Paris méd., 1911, p. 561).

Sturmdorf (A.). — Tracheloplastic methods and Results (Reprint from. Surg. Gyn. and obst. Chicago, 1916, January, p. 93-104).

— Chronic Endocervicitis.

— The cervicoplastic treatment of sterility (The am. f. of obst. and Diseases of women and children. Vol. LXXVI, n° 3, 1917).

Sims (M.). — Amputation of. cervix (Tr. med. Soc., N. Y., 1861).



Imprim: de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5309-21
